

ÉTUDE
SUR LA
CYSTOCÈLE CRURALE
THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 Novembre 1896, à 3 heures

PAR

ARMAND-GABRIEL FARGUES

Né le 13 mars 1870, à Tarbes (Htes-Pyrénées)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HEYDENREICH	professeur.....	Président.
		WEISS	professeur.....	Juges.
		FÉVRIER	agrégé.....	
		FRÖELICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE & FILS

LIBRAIRES

19, Rue Hautefeuille

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND

IMPRIMEUR DE LA REVUE MÉDICALE DE L'EST

21, Rue Saint-Dizier

1896

ÉTUDE

SUR LA

CYSTOCÈLE CRURALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 Novembre 1896, à 3 heures

PAR

ARMAND-GABRIEL FARGUES

Né le 13 mars 1870, à Tarbes (Htes-Pyrénées)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HEYDENREICH	professeur.....	<i>Président.</i>
		WEISS	professeur.....	
		FÉVRIER	agrégé.....	<i>Juges.</i>
		FROELICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE & FILS

LIBRAIRES

19, Rue Hautefeuille

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND

IMPRIMEUR DE LA REVUE MÉDICALE DE L'EST

21, Rue Saint-Dizier

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyen honoraire : M. TOURDES O *, I O

Professeurs honoraire : MM. TOURDES O *, I O, HERRGOTT *, I O,
HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Ihygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, A O, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. ETIENNE.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A O.	ZILGIEN.	JACQUES.
FÉVRIER, A O.	GUILLOZ.	LAMBERT.
	FRÖLICH.	

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, I O, VAUTRIN, A O,
REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Regrets éternels.

A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au mois de Septembre 1895, M. le Professeur agrégé Frœlich opérait, à l'Hôpital civil de Nancy, une femme atteinte de hernie crurale droite étranglée. Au cours de cette opération, il trouva, outre l'intestin, une partie de la vessie qui était herniée. M. Frœlich attira notre attention sur ce fait assez rare et nous engagea à faire quelques recherches sur la cystocèle crurale. Le sujet nous ayant paru intéressant, nous résolûmes d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté, qui, pendant plusieurs années, nous ont prodigué, sans compter, leur large et fécond enseignement.

Remercions, tout d'abord, M. le Professeur Heydenreich de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Pendant notre externat, nous avons eu le bonheur d'être attaché à la Maternité dans le service du professeur A. Herrgott, et à l'Hospice Saint-Julien, dans le service du professeur agrégé P. Parisot. Nous ne sau-

rions oublier ni l'extrême bonté qu'ils nous ont toujours témoignée, ni leurs savantes cliniques au lit du malade.

Qu'il nous soit permis de remercier le professeur agrégé Frœlich, auquel nous devons notre sujet de thèse. Ses conseils nous ont été d'un précieux secours, pendant que nous nous livrions à nos recherches.

Merci, enfin, à notre ami Braun, interne des hôpitaux, de l'empressement avec lequel il nous a donné des détails sur les deux malades opérés de cystocèle crurale dans le service du professeur Heydenreich.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à Verdier que nous devons la première observation de cystocèle crurale. Elle est rapportée dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie (1753). Nous rappellerons seulement les observations de la Porte et de Simon et Levret, que la plupart des auteurs considèrent, à juste titre, comme douteuses.

L'observation de Verdier reste unique jusqu'en 1889. Les auteurs classiques parlent peu ou ne parlent pas de la cystocèle crurale. Ils se bornent, pour la plupart, à rappeler le cas de Verdier. Il faut arriver jusqu'en 1889, époque à laquelle Habs aurait publié dans le *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, une nouvelle observation de cystocèle crurale. C'est dans un article de Curtis : *Revue générale sur les cystocèles et leur blessure dans les opérations de hernie*, publié dans les *Annales of Surgery* (Juin 1895), que nous avons trouvé cette indication bibliographique. Comme Legrand, nous avons cherché en vain cette observation dans le journal précité. Nous avons dû nous contenter des indications trouvées dans l'article de Curtis.

En 1890, nous trouvons une observation d'Aüe. A partir de cette époque, l'attention des praticiens est attirée sur ce point. Güterbock (1891), Otto Lanz

(1892), publient, l'un, une observation, l'autre deux observations inédites. — En 1893, Guépin (*Revue de chirurgie*) fait une étude d'ensemble sur ce sujet. Lejars, dans un article remarquable publié dans cette même Revue, s'occupe incidemment de la question. — La même année, Schoonen donne une observation personnelle. En 1894, Macready nous fait connaître un autre cas de cystocèle crurale.

MM. Jaboulay et Villard (1895), apportent une observation nouvelle. — Curtis publie l'article cité plus haut. Dans l'année 1896, nous trouvons de nombreux documents : observation du professeur agrégé Frœlich ; observation de Guinard ; observation de J. Escat et Guinard ; observation du professeur Heydenreich (Juillet 1896). A la fin du mois de juillet, Legrand a fait une étude de la cystocèle crurale dans laquelle nous avons trouvé deux observations : l'une due au Dr Breffeil (de Bordeaux) ; l'autre à J. Escat et Guinard.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

La cystocèle crurale a été considérée de nos jours comme une affection très rare. Pendant 136 ans (1753-1889), nous ne trouvons que le cas de Verdier.

A quoi peut-on attribuer ce silence ?

Les causes de ce fait sont, à notre avis, de plusieurs sortes. Tout d'abord, l'observation de Verdier a pu passer inaperçue pour un grand nombre de praticiens. De plus, les observations que nous publions ici montrent, avec évidence, la difficulté du diagnostic de la cystocèle crurale. Cette absence de diagnostic ferme a pu entraîner des accidents au cours des opérations pratiquées. Legrand dit à ce sujet : « La bles-
« sure de la vessie et ses conséquences ont contribué
« à restreindre le nombre des observations publiées ;
« plus d'un praticien, sans doute, ne s'est nullement
« soucié d'associer son nom à un insuccès opératoire.
« Nous en connaissons un exemple ». Enfin la blessure de la vessie peut passer inaperçue pendant l'opération. Si la mort du malade survient, ou l'autopsie n'est pas possible ou elle n'est pas faite, l'affection diagnostiquée étant en quelque sorte banale. Double raison, à notre avis, pour que la hernie vésicale reste ignorée.

Ajoutons cependant que nous avons parcouru avec le plus grand soin : l'ouvrage de P. Berger où il donne le résultat de l'examen de 10,000 cas de hernie ; les statistiques allemandes présentées au Congrès de chirurgie de Berlin (1893) ; la statistique de Heng-geler (de Zurich), portant sur 276 cas de hernies étranglées. Le résultat de nos recherches a été négatif. Aucun cas de cystocèle crurale n'y est relaté.

Néanmoins, nous sommes persuadé que les observations doivent être plus nombreuses. Lanz aurait vu un troisième cas de cystocèle crurale. (*Blatt. corresp. für Schweiz. Aertze*, 1^{er} Février 1895), mais il ne l'a pas publié. — M. Capdepon, interne à Bordeaux, à qui Legrand doit l'observation du D^r Breffeil, en aurait observé un autre cas.

La cystocèle est une affection de l'âge adulte et de l'âge mûr. Elle n'a jamais été observée au-dessous de 28 ans (obs. II). La malade la plus âgée qui en était atteinte avait 74 ans (obs. X).

Elle s'observe surtout chez la femme et de préférence du côté droit.

Elle paraît favorisée par un effort (obs. V, VII).

Parmi les causes qui semblent prédisposer à la cystocèle crurale, il faut noter, chez la femme : la grossesse et les affections pelviennes.

L'utérus, en effet, par son développement, gêne plus ou moins la vessie dans son expansion et amène des changements dans la forme et la situation du réservoir urinaire, qui peut ainsi se mettre en contact avec l'anneau crural. Dans trois observations, on note les grossesses antérieures : 4 enfants (obs. XIV). — 3 enfants (obs. XI). — 5 enfants (obs. XIII).

Quant aux affections pelviennes, elles semblent avoir quelque influence sur la formation de la cysto-

cèle. On a signalé : une hydropisie du bas-ventre (Verdier); un abcès stercoral (Güterbock); une hématocele (Jaboulay et Villard); un fibrome (J. Escat et Guinard).

Chez l'homme : l'hypertrophie de la prostate; les rétrécissements de l'urèthre; la rétention essentielle d'urine, peuvent favoriser la hernie vésicale. Dans les deux premières affections l'urine ne peut être expulsée « qu'à l'aide de violents efforts pendant lesquels les « malades s'accroupissent ou se cramponnent aux « objets voisins ». Il est un fait que chez les malades porteurs d'hernie, les efforts qu'ils font pour uriner entraînent la sortie de leur hernie. On peut penser que la cystocèle pourra se former par le même mécanisme. Si la rétention d'urine est liée à une insuffisance de contraction du muscle vésical, la vessie, après la miction, restera distendue et flasque. Que le malade tousse ou fasse un effort, elle aura des tendances à s'engager dans le lieu de moindre résistance.

Toutes les notions que nous venons d'exposer, qu'il s'agisse de grossesses, d'affections pelviennes ou vésicales, sont un peu théoriques. Le nombre d'observations dont nous disposons est trop peu considérable pour que nous puissions nous prononcer. La plupart ne font aucune mention de tous ces faits. Il importe que les chirurgiens interrogent leurs malades sur l'état de leurs voies urinaires et qu'ils pratiquent systématiquement l'examen du bassin. Quant à la grossesse, son influence semble plus probable, puisque dans trois observations, nous notons un certain nombre de grossesses.

On peut encore signaler comme cause l'adhérence du péritoine avec la vessie, adhérence pouvant résulter, soit d'une cystite, soit d'une pelvipéritonite. Dans

ce cas, le péritoine est entraîné par une hernie intestinale, et la vessie suit par le fait d'une adhérence avec le péritoine. D'après certains auteurs, l'adhérence du péritoine pourrait être dans certains cas physiologique. Ce fait, à notre avis, est exceptionnel. Ajoutons encore qu'il est impossible, quelquefois, de trouver une cause à l'adhérence de la vessie avec le péritoine.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La partie de la vessie qui est herniée semble peu considérable, puisque, rien à l'inspection et au palper ne permet de distinguer la présence simultanée de la vessie, de l'intestin ou d'autres organes.

La cystocèle crurale se présente sous des aspects très variables. Tantôt on voit un organe arrondi, noirâtre (Güterboch); tantôt un corps bleuâtre transparent (O. Lanz). Dans certains cas, on reconnaît des fibres musculaires. Le professeur agrégé Frœlich, après avoir rencontré du tissu adipeux, tombe ensuite « sur un tissu plus rosé, plus mou, que je reconnus « bientôt, dit-il, pour être du tissu musculaire ». (Obs. XI.)

On a signalé depuis longtemps, en avant de la vessie, la présence d'un lipome, sur lequel on a d'autant plus discuté qu'il présente une certaine importance, comme nous le verrons.

MM. Monod et Delagénère disent en parlant du lipome pré-vésical : « Son existence est constante, au « niveau de la vessie herniée, en quantité plus ou « moins abondante ». « Tantôt molle et presque « diffluente, tantôt au contraire, résistante et ferme, « cette graisse ne constitue que de simples pelotons ;

« d'autres fois, une couche épaisse qui entoure la
« vessie ; enfin, elle forme une véritable tumeur, une
« sorte de lipome herniaire au devant de l'organe
« hernié. » Avant eux, Duchaussoy, M. C. Perrin,
Broca avaient signalé, dans les hernies inguinales de
la vessie, la présence de cette couche graisseuse.

Cette manière de voir nous semble exagérée, car,
si nous considérons nos cas de cystocèles crurales,
nous voyons que la présence du lipome pré-vésical est
loin d'être constante. En effet, laissant de côté le cas
de Verdier, lequel n'a pas été suivi d'opération, nous
trouvons que sur 13 cas de cystocèle crurale, on ne le
signale que 5 fois.

La présence du lipomé pré-vésical, pour être fré-
quente, n'est donc pas constante.

En parcourant nos observations, nous avons été
frappé de la facilité avec laquelle la vessie se laisse
déchirer (Aüe, Lanz, Escat et Guinard et le professeur
Frœlich). A quoi peut-on attribuer ce fait ? Disons
tout d'abord que l'examen histologique des vessies
déchirées n'a jamais été pratiqué. Peut-être ces déchi-
rures résultent-elles d'une altération préexistante des
parois vésicales ? Mais c'est une simple hypothèse qui
ne se vérifiera qu'autant que des examens microscopiques
auront été faits.

Il nous reste à étudier les rapports de la cystocèle
avec le péritoine. Duret, Jaboulay et Villard s'en sont
occupés spécialement.

Ces derniers divisent les cystocèles de la façon
suivante :

- 1° Cystocèles extrapéritonéales,
- 2° — parapéritonéales,
- 3° — intrapéritonéales.

Avant d'aller plus loin, notons que la troisième variété n'a jamais été observée. Par contre, nous trouvons sur 14 cas de cystocèle crurale (observ. de Verdier exceptée), 6 cas (Habs, Aüe, Schoonen, Frœlich, Jaboulay et Villard, Heydenreich) de cystocèles extrapéritonéales et 7 cas de cystocèles parapéritonéales (Güterbock, Otto Lanz, Macready, Guinard, Escat et Guinard, Breffeil).

Chacune de ces variétés mérite une étude spéciale.

Dans la variété extrapéritonéale, la vessie s'engage par sa partie antérieure, dépourvue de péritoine. Nous n'avons donc pas de sac herniaire.

Dans la variété parapéritonéale, la vessie est entraînée par le péritoine et elle s'adosse au sac herniaire. « Lorsque le sac herniaire est mis à nu, disent « Jaboulay et Villard, on ne remarque tout d'abord « rien de particulier. Pourtant la dissection en est « difficile du côté interne et en arrière; il semble qu'à « ce niveau la paroi du sac est considérablement « augmentée et l'isolement des tissus se fait mal. En « effet, en ce point, on a cessé de suivre la tunique « péritonéale, on est sur la paroi vésicale. »

Dans cette variété, on a trouvé à côté de la vessie d'autres organes herniés. Dans les cystocèles inguinales on a trouvé le cœcum et son appendice, l'intestin, la trompe et l'ovaire (Lejars, Reymond). Dans la cystocèle crurale on a noté l'intestin et l'épiploon (obs. IV); l'ovaire (obs. X); un sac vide (obs. VI).

Nous avons dit plus haut que la variété intrapéritonéale n'avait jamais été observée. Il faut néanmoins reconnaître que si elle existe dans la cystocèle inguinale (Leroux, Krônlein, Jaboulay et Villard), elle peut exister à fortiori dans la cystocèle crurale. A la suite d'une inflammation quelconque, par exemple, il se

produit une adhérence entre le sommet de la vessie et l'épiploon. Ce dernier entraînera la vessie, s'il survient une cystocèle. La vessie basculera et entrera dans le sac la tête la première. Il en résultera que cette partie de la vessie sera entièrement tapissée par le péritoine et sera comprise dans le sac comme l'intestin. Le chirurgien ouvre ce second sac, le lie et le réduit. Si la ligature n'a pas été suffisante pour fermer la blessure, le malade urinerà dans son péritoine et succombera à une péritonite. Il est donc bon de faire remarquer que la cystocèle crurale intrapéritonéale peut exister.

Faisons remarquer que la vessie peut s'étrangler seule (obs. II, III, VII, IX, XIV). Ajoutons enfin qu'on n'a jamais rencontré de calculs dans le diverticule vésical. Il est bon aussi de dire que l'orifice qui fait communiquer la vessie avec sa partie herniée est petit; d'après certains auteurs, le mucus pourrait l'oblitérer.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre, nous exposerons rapidement les théories émises au sujet de la pathogénie de la cystocèle et nous chercherons parmi elles les notions pathogéniques qui nous semblent les plus certaines. Nous étudierons ensuite leur mécanisme.

I. — THÉORIES DE LA CYSTOCÈLE

Méry, en 1743, a émis l'opinion que la cystocèle avait une *origine congénitale*. Cette théorie était tombée dans l'oubli, quand Bourbon, dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. Lucas-Championnière, s'en est déclaré partisan. Nous ne discuterons pas ici cette question, qui a été remarquablement exposée par L. Imbert. Quant à nous, il nous semble peu probable que la cystocèle crurale ait une origine congénitale. La cystocèle crurale, en effet, est une affection de l'âge mûr. Elle n'a jamais été observée au-dessous de 28 ans.

Verdier prétend que la cystocèle est favorisée *par la dilatation de l'anneau crural*. D'après lui, cette dilatation serait le résultat de l'habitude qu'aurait le malade de se coucher de préférence de tel ou tel

côté. « Dans cette situation du corps, les muscles du
« bas-ventre et les anneaux sont relâchés, le tronc et
« les cuisses se trouvent ordinairement dans un état
« de flexion. » Après avoir supposé que les parois
vésicales sont minces et distendues, il ajoute : « On
« conçoit, en effet, que cette poche urinaire dans cette
« disposition se portera vers l'anneau où elle trouve
« moins de résistance ». La pénétration de la vessie
serait favorisée par le poids de la masse intestinale et
de l'urine contenue dans la vessie.

Nous ne croyons pas cette théorie admissible. Est-il prouvé, tout d'abord, que dans le décubitus, l'anneau crural puisse se relâcher ? De plus, comment expliquer l'existence de la cystocèle dans la région crurale droite ? Tous les malades se couchent-ils du côté droit ? Nous n'avons aucune donnée sur ce sujet et nos observations n'en font pas mention.

Que faut-il penser du *lipome prévésical*.

MM. Monod et Delagénère lui donne une importance exceptionnelle.

« Cette accumulation de graisse, disent-ils, et sa
« pénétration en un point de la paroi abdominale qui
« se laisse déprimer, entraîne nécessairement la fixité
« de l'organe auquel elle adhère. La paroi vésicale elle-
« même tend à suivre l'enveloppe adipeuse dans son
« mouvement en avant. On conçoit qu'il puisse se
« former un diverticule de la vessie, qui, à chaque
« effort de miction, alors que la pression intra-abdo-
« minale se transmet au liquide contenu dans le
« réservoir urinaire, aura une tendance à s'accroître.
« L'amorce vésicale existe dès lors, comme dans la
« pointe de hernie de l'intestin l'amorce péritonéale. »

D'après Jaboulay et Villard le lipome ne servirait

qu'à faciliter le glissement sur les tissus environnants. Hédrich, Thiriar, L. Imbert ne lui accordent qu'une importance secondaire.

Les observations que nous possédons sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse trancher le débat. En tout cas, même en admettant cette notion pathogénique, on doit reconnaître que le lipome prévésical n'est pas indispensable à la formation d'une cystocèle. Nous avons vu plus haut qu'il n'était pas constant.

La cystocèle peut être favorisée par *certaines dispositions anatomiques de la vessie*.

D'après Delbet, l'axe de la vessie n'est pas vertical ; il serait ordinairement incliné vers la droite. En outre, la vessie, chez la femme, est souvent asymétrique et ses diamètres transversaux sont beaucoup plus grands que ceux de la vessie de l'homme.

Ces considérations anatomiques sont intéressantes. Elles peuvent, en effet, nous expliquer la fréquence des cystocèles crurales chez la femme, mais encore la prédominance de la cystocèle droite sur la cystocèle gauche.

Enfin, la cystocèle peut être le résultat d'un *acte opératoire*.

La cystocèle opératoire, décrite par Piquet, dans sa thèse inaugurale, se trouve quelquefois dans les hernies crurales. Demoulin en a publié une observation (*Union Médicale*, 1893).

II. — MÉCANISME DES CYSTOCÈLES

La cystocèle est-elle primitive (Monod et Delagénère) ou est-elle secondaire (Jaboulay et Villard). Nous croyons qu'il existe, entre ces deux extrêmes, une opinion moyenne. Il semble, en effet, que si la

vessie s'engage souvent dans l'orifice et entraîne après elle le péritoine, il n'en n'est pas moins vrai que la vessie suit quelquefois le péritoine et l'intestin engagés antérieurement. C'est l'opinion de Verdier, Hedrich, Piquet, L. Imbert, opinion que nous adoptons, du reste.

Mécanisme de la cystocèle primitive

La partie antérieure de la vessie, étant en contact avec l'anneau crural, pourra s'engager dans celui-ci, sous l'influence d'une cause quelconque. Il ne sera pas nécessaire qu'il y ait un trajet préexistant. C'est ainsi que se forme la cystocèle extra péritonéale. Mais il peut arriver que la cystocèle formée augmente de volume; elle pourra, dans ce cas, entraîner avec elle le péritoine et l'intestin, d'où entéro-cystocèle.

Mécanisme de la cystocèle secondaire

Le malade est atteint d'une entérocèle crurale dont le développement est progressif.

Peu à peu, le péritoine sera entraîné, emmenant à sa suite la vessie. C'est ainsi que se forme la cystocèle parapéritonéale. L'adhérence du péritoine à la vessie, par suite d'une cystite, d'une pelvipéritonite, peut provoquer la formation d'une cystocèle secondaire parapéritonéale.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

« On assigne, dit Lejars, une riche symptomatologie aux hernies de la vessie, il est rare qu'elle se trouve dans tous ses traits. »

On peut diviser les symptômes de la cystocèle crurale en :

- 1° Symptômes physiques ;
- 2° Symptômes fonctionnels ;
- 3° Symptômes généraux.

I. — SYMPTOMES PHYSIQUES

La tumeur évolue lentement ; elle n'a pas d'apparence spéciale et n'engendre aucune douleur. Son volume est très variable.

Au palper, on trouve une tumeur mollassse, de consistance variable, suivant que la cystocèle est accompagnée de l'intestin ou de l'épiploon. Elle est ordinairement irréductible. A la percussion, la tumeur est mate.

On a attribué une grande importance au cathétérisme. Verdier supposant la présence d'une cystocèle crurale est confirmé dans cette idée par l'obliquité qu'il reconnut à l'urèthre en sondant le malade. Pour pra-

tiquer le cathétérisme, il faut se servir d'un cathéter métallique, qui seul permettra de renseigner sur la direction de l'urèthre. Mais, il ne faudra pas trop compter l'introduire dans le diverticule vésical (obs. VI). Nous savons, en effet, que l'orifice est très petit et souvent obstrué. Néanmoins il peut y pénétrer (obs. VII). Par le cathétérisme, on vide la vessie. Il semblerait donc que la tumeur crurale devrait diminuer de volume. Ce signe n'est pas constant.

Quant aux injections faites dans la vessie, elles nous donnent des résultats analogues. Dans certains cas, la tumeur grossit (obs. XII), dans d'autres elle ne subit aucun changement (obs. XIV).

II. — SYMPTOMES FONCTIONNELS

La cystocèle peut provoquer des modifications dans l'urine, qui peut devenir trouble et sanguinolente (Lanz). On a indiqué un trouble qui serait pathognomonique s'il était constant : *la miction en deux temps*. Dans le premier temps, l'urine de la vessie abdominale serait évacuée; dans le second, l'urine contenue dans la cystocèle serait rejetée au dehors. Malheureusement, comme nous l'avons dit, il s'observe très rarement. Les mictions sont plus fréquentes et sont favorisées par la position du malade.

III. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX

La cystocèle, à la suite d'un effort peut s'étrangler (Aüe, Schoonen, Lanz). Dans ce cas l'état général est mauvais. Le faciès est grippé; le pouls petit; le ventre ballonné, sensible.

On observe des vomissements, des nausées, des éructations, une constipation presque absolue.

D'après Follin et Duplay, on remarquerait dans la cystocèle des phénomènes analogues à l'engouement dans l'entérocele. Il serait caractérisé par l'irréductibilité et l'augmentation de la tumeur. Il serait le résultat de l'obstruction passagère de l'orifice du diverticule vésical. Dans l'observation de Jaboulay et Villard, on note des symptômes analogues. A deux reprises et à deux époques différentes, on observa chez leur malade des symptômes d'étranglement qui disparurent spontanément.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

On peut avoir à faire le diagnostic de la cystocèle crurale :

- 1° Avant l'opération,
- 2° Pendant l'opération,
- 3° Après l'opération.

I. — AVANT L'OPÉRATION

a) *Il n'y a pas de symptômes d'étranglement.*

Nous avons vu précédemment combien les symptômes de la cystocèle crurale étaient inconstants. Il ne faudra donc pas nous étonner si nous voyons quelques chirurgiens faire des blessures à la vessie.

Sans doute, si, d'une part, le praticien observait une tumeur indolore, mate, irréductible, subissant des variations de volume au moment de la miction, des urines troubles ou sanguinolentes, une déviation du pavillon de la sonde au moment du cathétérisme, un gonflement de la tumeur à la suite d'injections vésicales ; si, d'autre part, le malade observait de la pollakiurie, une miction en deux temps, une miction plus ou moins facile suivant qu'il prend telle ou telle posi-

tion, il est certain que dans ces conditions le chirurgien n'hésiterait pas et porterait le diagnostic de cystocèle crurale.

Mais, non seulement ces symptômes sont rarement réunis, mais encore, il arrive souvent qu'on n'en observe aucun. Peut-être les chirurgiens n'ont-ils pas toujours interrogé leurs malades au point de vue des troubles urinaires ? En tout cas, Verdier est le seul, qui, en dehors de tout phénomène d'étranglement, ait diagnostiqué la cystocèle crurale.

b) Il y a des phénomènes d'étranglement.

Bien souvent, les malades ont le faciès grippé, le poulx petit, le ventre ballonné, il existe de la constipation ; néanmoins quelques gaz passent par l'anus. Ces symptômes ne sont-ils pas analogues à une entéroccèle étranglée ? Quels signes nous permettront de faire le diagnostic différentiel ?

J.-L. Petit prétend que dans la cystocèle le vomissement serait peu abondant et surviendrait plus tard que dans la hernie de l'intestin. Le hoquet surviendrait avant le vomissement, tandis que dans la hernie de l'intestin, le vomissement arriverait le premier et le hoquet après. Nous n'avons rien trouvé dans nos observations qui pût confirmer cette manière de voir, que nous considérons comme douteuse.

Quant à nous, nous estimons qu'il n'existe aucun signe clinique qui puisse autoriser un chirurgien à poser le diagnostic ferme de cystocèle crurale étranglée. Néanmoins, on pourra songer à la possibilité de la présence de la vessie quand on trouvera à la partie postéro-interne du sac « une doublure épaisse, une « plaque indurée qui ne se réduit pas ».

II. — PENDANT L'OPÉRATION

S'il s'agit d'une cystocèle extrapéritonéale, la présence du lipocèle préherniaire, d'ailleurs inconstant, la constatation directe de fibres musculaires pourront faire songer à la possibilité d'une cystocèle. Le professeur agrégé Frœlich reconnut la vessie de la manière suivante :

« Dans les efforts pour décortiquer le sac, un certain nombre de fibres musculaires furent déchirées
« et je vis faire hernie à travers l'orifice ainsi pratiqué
« un kyste transparent du volume d'une noix. Ce
« kyste, j'en reconnus immédiatement la nature, c'était
« la muqueuse vésicale. » (Obs. XI.)

Si le chirurgien ne se rend pas bien compte de ce qu'il a sous les yeux, il devra avoir recours soit au cathétérisme, soit aux injections vésicales. Ces moyens peuvent donner des indications précieuses, mais ils peuvent être inefficaces (obs. III). On pourra, suivant le conseil de Salitcheff, essayer de faire glisser les deux feuillets l'un sur l'autre (obs. X, XI, XII).

Tous ces moyens ont échoué, le diagnostic est incertain. Dans ce cas, il faudra faire, à l'exemple de Schoonen, une véritable hernio-laparotomie qui permettra de suivre, dans la profondeur, le pédicule qui réunit la vessie avec son diverticule.

Nous avons affaire à une entéro-cystocèle. Le chirurgien, pendant la dissection du sac, s'aperçoit qu'elle devient très difficile à la partie postéro-interne. A cet endroit, il sent une induration, un épaississement qui devra, sur le champ, le faire penser à la présence de la vessie (obs. VI, X, XI). Il faudra rechercher également

la présence d'un pédicule s'engageant sous le pubis (obs. V, VII, XIV) (1).

Enfin, dans le cas où la vessie n'a été ni constatée, ni soupçonnée, soit par inattention, soit par insuffisance de symptômes, le diagnostic se fait de lui-même. Il s'écoule par la blessure une quantité plus ou moins considérable d'urine. De plus, on pourra en mettant le doigt dans l'orifice créé, toucher un cathéter, introduit préalablement dans la vessie (obs. V). Une hernio-laparotomie confirmera le diagnostic.

III. — APRÈS L'OPÉRATION

L'opération est terminée. Comment reconnaît-on que la vessie a été blessée? Aïes'en doute en voyant le pansement imprégné d'urine. Macready, après avoir constaté un écoulement sanio-purulent, trouve le neuvième jour un liquide clair sortant par la plaie. Jaboulay et Villard observent des phénomènes de cystite : besoins d'uriner extrêmement douloureux, un tenesme vésical atroce. On peut constater du sang dans l'urine (J. Escat et Guinard). Le diagnostic se confirme, si on constate la présence d'une fistule urinaire (Macready, Habs-Aüe).

De tout ce que nous venons d'exposer plus haut, il résulte qu'il n'existe aucun symptôme qui permette de poser le diagnostic de cystocèle crurale, soit avant soit pendant l'étranglement. La vessie n'est constatée qu'au cours de l'opération, quelquefois même, le chirurgien ne s'aperçoit de la blessure de celle-ci, qu'au bout d'un certain temps.

(1) Si on avait affaire à la variété intrapéritonéale, le sac étant incisé, on croit avoir devant soi un second sac deshabité. Erreur qui pourra être fatale si le chirurgien vient à le réséquer et n'assure l'occlusion complète de la blessure faite à la vessie, par un nombre suffisant de points de suture.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La Cystocèle peut être ou n'être pas étranglée

I. — TRAITEMENT DE LA CYSTOCÈLE CRURALE NON ÉTRANGLÉE

a) *Le diagnostic est peu certain.*

Nous avons vu dans le chapitre précédent que c'est le cas le plus fréquent. En général, le chirurgien n'interviendra qu'autant qu'il existera une entérocele concomitante. La présence de la vessie rendra l'opération un peu plus longue et un peu plus délicate.

b) *Le diagnostic est certain.*

Quand le chirurgien aura le bonheur de diagnostiquer la cystocèle, quelle conduite devra-t-il tenir? Aura-t-il recours à un traitement sanglant ou à un traitement palliatif? Il devra se décider pour l'un ou pour l'autre, suivant l'état des voies urinaires de son malade. Il cherchera, en particulier, les troubles de la miction, la présence du pus dans l'urine; par le toucher rectal, il examinera la prostate. Il tiendra compte de l'âge et de l'état général du malade. Cet examen devra être fait d'autant plus minutieusement que les malades atteints de cystocèle crurale sont des gens

âgés. Or, nous savons que les urinaires sont exposés à des morts subites et que les décès consécutifs à une opération coïncident souvent avec « un état de grave « déchéance des voies urinaires supérieures » (Lejars).

A notre avis, toute altération profonde des reins est une contre-indication. On n'interviendra pas chez les malades atteints de pyélo-néphrites ; chez les prostatiques infectés. Mais si les lésions sont légères, on pourra intervenir, à condition de modifier les voies urinaires, soit en faisant ingérer au malade du borate de soude, du salol, soit en pratiquant des injections vésicales de nitrate d'argent au 1000°.

Le malade n'a aucune affection vésicale antérieure. Quand doit-on intervenir ? Nous croyons que les indications sont les mêmes que pour la cystocèle inguinale. Si la cystocèle inguinale est incommode (Hedrich), douloureuse, irréductible (Thiriar, Monod et Delagènière, L. Imbert), il est indiqué d'opérer. Pour la cystocèle crurale, il nous semble qu'on pourra suivre une conduite analogue.

Enfin, si l'opération est absolument contre-indiquée, on se contentera d'un traitement palliatif. Le malade portera un bandage approprié.

II. — TRAITEMENT DE LA CYSTOCÈLE CRURALE ÉTRANGLÉE

a) *Le diagnostic a été fait.*

Dans ce cas, une intervention sanglante s'impose, le taxis étant en général insuffisant.

La hernie vésicale est extrapéritonéale. On incise parallèlement à l'axe de la cuisse ; on divise couche par couche, en recherchant soit le lipome préherniaire, soit les fibres musculaires de la vessie. A ce moment, le chirurgien devra redoubler de prudence

pour ne pas blesser la vessie. Après avoir débridé, il pourra ou réduire simplement la vessie, ou reséquer une partie plus ou moins grande de celle-ci avec réduction consécutive, ou suturer les lèvres vésicales à la peau (Piquet, Sébilleau).

On cherchera toujours à réduire la vessie, mais si les parois vésicales sont lésées à un point tel qu'il serait dangereux de les réduire, il sera indiqué de reséquer la partie malade, et de réduire, après suture. On pourra procéder de même si la cystocèle est adhérente. Quant à la fixation de la vessie, on ne l'emploiera qu'autant que la lésion des parois sera avancée.

La hernie est parapéritonéale. On procède de même, jusqu'à ce qu'on arrive sur le sac dont on vérifiera le contenu. On reconnaît ou on ne reconnaît pas la présence de la vessie. On réclinera, dans tous les cas, vers la partie externe, toute la masse herniée. On recherchera le ligament de Gimbernat avec l'ongle et on ne débridera qu'autant qu'il n'y aura rien entre le collet et le ligament. Le débridement peut se faire sur l'arcade crurale ; on peut avoir recours à une herniolaparatomie. L'étranglement disparu, il faut disséquer le sac, opération très délicate, puisque c'est à ce moment qu'on observe les blessures de la vessie. Celles-ci se produisent d'autant plus facilement que la vessie adhère au sac d'une façon intime, et que les parois vésicales semblent, en général, amincies. Il ne faudra pas dans ces cas chercher à réduire les deux organes séparément. Ceci fait, on fermera l'anneau.

b) *Le diagnostic n'a pas été fait.*

Le chirurgien a diagnostiqué entéroccèle ou entéroépilocèle. Il pourra trouver, au cours de l'opéra-

tion, le réservoir urinaire, Il s'assurera par les moyens appropriés qu'il est bien en présence de la vessie. Dans ce cas, il agira comme ci-dessus.

Dans le cas contraire, la vessie, non reconnue à temps est blessée. Si la vessie est saine, le chirurgien suturera, sur le champ, la plaie accidentelle; si on observe une lésion locale, on suturera, après résection préalable; si la lésion est trop avancée, on fixera les lèvres vésicales à la plaie cutanée. Pour les sutures vésicales, on emploie de préférence la suture de Lambert. Les plaies, en général, ne sont pas dangereuses, si les sutures sont faites en bon tissu.

La blessure de la vessie n'est diagnostiquée qu'après l'opération, grâce à l'urine qui imprègne le pansement ou à la constatation d'une hématurie. Dans ce cas il se produit une fistule qui se guérira facilement d'elle-même, si on a la précaution de renouveler les pansements.

Enfin, il sera prudent de mettre un bon drain dans la plaie et de laisser pendant quelque temps une sonde à demeure.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic ne semble pas grave autant qu'on en puisse juger d'après nos observations.

Si la cystocèle n'est pas étranglée, le malade ne semble pas courir de dangers immédiats.

Des accidents d'étranglement surviennent-ils, le pronostic s'aggrave à cause des blessures qui sont toujours possibles pendant l'intervention. Néanmoins les blessures mêmes de la vessie ne semblent pas redoutables. Nous sommes loin, en effet, du temps où l'on disait: *Cui persecta vesica, lethale*. Barthels (*Archives de Langenbeck*, 1848) dit que la mortalité, à la suite de plaies vésicales est de 24,5 pour 100 pour les plaies extrapéritonéales et de 22 pour 180 pour les plaies intrapéritonéales. Si la suture est bien faite et dans des tissus sains, le pronostic sera d'autant moins grave. Le cathétérisme répété à des intervalles peu éloignés ou l'établissement d'une sonde à demeure, faciliteront la réunion par première intention. Si nous examinons, en effet, nos cas de cystocèle crurale, nous voyons qu'un seul malade (J. Escat et Guinard) a succombé à une blessure de la vessie.

Si le chirurgien blesse le réservoir urinaire, il en résulte une fistule. Cette fistule consécutive n'a pas de gravité. Elle a une tendance naturelle à la cicatrisation

spontanée. Sur 13 cas nous avons 3 fistules qui guérissent. Il suffit au chirurgien d'avoir un peu de patience et d'établir au besoin une sonde à demeure. On évitera l'infiltration urineuse possible, en mettant un drain dans la plaie et en pratiquant d'une manière rigoureuse l'antisepsie.

OBSERVATIONS

Observation I (VERDIER)

Il y a quelques années que M. Levret m'appela pour voir une malade, âgée d'environ 40 ans, affligée d'une hydropisie du bas-ventre. On aperçoit en haut de la cuisse antérieurement une tumeur dont le volume se trouvait différent, selon que la malade avait été plus ou moins de temps sans uriner. Cette circonstance donne lieu de penser que la tumeur était formée par une portion de la vessie qui s'était glissée par l'arcade crurale et nous fûmes confirmés dans cette opinion par l'obliquité que nous reconnûmes à l'urèthre en sondant la malade ; ce conduit tournait un peu à droite, y étant entraîné par la vessie qui se portait de ce côté-là.

Observation II (HABs ?)

Femme de 28 ans, atteinte d'une hernie crurale droite étranglée. Pendant l'opération, la vessie aurait été confondue avec un sac herniaire et par conséquent blessée. On procéda à la ligature comme pour un sac herniaire. La lésion fut reconnue après l'opération par un suintement d'urine. On plaça une sonde à demeure. Il en résulta une fistule vésicale consécutive qui se cicatrisa rapidement.

P.-S. — Nous avons trouvé ces quelques indications dans l'ouvrage de Curtis.

Observation III (Aüe)

Le malade, âgé de 47 ans, souffrait depuis 6 ans d'une paralysie des membres supérieurs et d'une parésie des membres inférieurs, avec rétention d'urine chronique et constipation habituelle à la suite de myélite transverse. Depuis l'âge de 16 ans, apparition accidentelle d'une tumeur herniaire dans l'aîne droite pendant des crises de constipation. Pendant ces crises, vomissements de matière à odeur fécaloïde. Le malade se présente à nous. Mauvais état général, affaiblissement considérable. Dans l'aîne droite, une tumeur herniaire de la grosseur d'un petit œuf de poule, très douloureuse, irréductible, mate à la percussion. La tension de cette tumeur ne fut en rien influencée par l'évacuation de la vessie, pratiquée peu de temps avant la herniotomie. La participation de la vessie à la formation de la tumeur ne pouvait être soupçonnée et ne le fut dans la suite, que lorsque, après avoir incisé couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficiel, on incisa le prétendu sac d'où s'écoula une petite quantité de liquide jaune transparent. Dans cette cavité si facilement accessible, on ne trouvait aucune anse intestinale : aussi l'incision fut-elle agrandie par en haut et le péritoine ouvert au-dessus du ligament de Poupart. Alors le doigt introduit dans la cavité abdominale ne rencontre pas le doigt introduit dans la première cavité. Les anses intestinales sont libres, fermeture de la cavité péritonéale, suture du prétendu sac vide à la plaie cutanée, tamponnement de celle-ci. La véritable nature du sac fut tirée au clair dans les premières heures qui suivirent, grâce à l'imprégnation du pansement par l'urine et à l'impossibilité de vider la vessie par l'urèthre au moyen de la sonde. L'évolution de la plaie fut compliquée d'une cystocèle grave, mais se termina par la convalescence. Guérison de la plaie *per granulationem*.

Observation IV (GÜTERBOCK)

Cysto-épiplocèle crurale droite. — Blessure de la vessie au cours de la kélotomie. — Suture vésicale suivie de succès. — Mort due à un abcès stercoral ayant pour origine une ulcération dysentérique de l'intestin.

Dans l'après-midi du 4 février 1891, une maîtresse de musique, de 32 ans, était amenée à ma clinique particulière pour une hernie crurale droite.

D'après les renseignements que l'on pouvait obtenir de la malade, très déprimée, elle avait remarqué depuis longtemps, au moins depuis trois ans, dans la région crurale droite, une tumeur tantôt plus, tantôt moins grosse. Cette tumeur était devenue très sensible depuis trois semaines ; en même temps était survenue une perte complète de l'appétit. Des éructations fréquentes avec envies de vomir, mais sans qu'il se soit produit de vomissements, avec constipation qui permettait cependant l'émission de quelques gaz.

La malade était petite, très faible, pâle et très amaigrie.

Pouls un peu accéléré et presque filiforme ; sur la langue d'un rouge foncé, un peu sèche, aucun enduit, mais il se dégageait de la bouche une odeur extrêmement fétide. Le ventre était sur toute son étendue gonflé et douloureux, même à un palper très léger ; pourtant la tension et le tympanisme ne semblaient pas aussi prononcés que dans beaucoup de cas de hernie étranglée. On trouvait surtout de la résistance dans la région iléo-cœcale, mais la percussion donnait là aussi un son clair. Vers le milieu du ligament de Poupart, en le débordant davantage en dessous qu'en dessus, on trouvait, du côté droit, une tumeur arrondie, recouverte d'une peau normale, et non adhérente, de la grosseur d'une pomme reinette et de consistance ferme ; à la percussion, elle était presque mate. Elle se laissait mobiliser sans peine sur le plan sous-jacent et soulever au-dessus de lui ; on eût dit qu'elle n'était rattachée aux parties profondes que par un pédicule épais, irréductibilité complète.

On ne pouvait admettre aucune des formes ordinaires de l'étranglement herniaire ; ce qui semble le plus plausible, c'était une inflammation d'épiploon, hernié avec le cœcum ou un diverticule intestinal voisin.

Depuis quand durait l'étranglement, on ne savait, mais tout portait à éliminer une incarcération aiguë. Du reste, la malade était trop déprimée, et l'on remit au lendemain, en l'absence d'une indication urgente, l'intervention opératoire.

La chloroformisation, très longue, fut bien supportée. Une incision longitudinale d'environ 7 centimètres permit d'isoler l'extrémité inférieure de la hernie, qui n'était en ce point nullement adhérente. Du reste, il n'y avait en avant aucune adhérence, et les enveloppes externes assez minces. Une fois le sac ouvert, il s'écoula quelques gouttes d'un liquide un peu rouge et l'on trouva une masse épiploïque dégénérée, graisseuse, qui fut liée au catgut et reséquée. Le moignon épiploïque fut refoulé aussi loin que possible dans l'abdomen, après destruction de quelques adhérences et débridement du collet du sac ; mais on ne trouva aucune espèce de diverticule intestinal. Le sac largement ouvert, on découvrit, en dedans, et un peu en arrière de lui, directement appliqué contre la branche horizontale du pubis, un organe arrondi noirâtre. Il avait une consistance élastique, était plus tendu et adhérent au sac herniaire par une série de minces tractus. D'après les apparences, il ne pouvait être question que d'un segment d'intestin recouvert de péritoine ; comme je cherchais prudemment avec mon index à rompre les adhérences, et à isoler ce diverticule, il se fit une déchirure d'un demi-centimètre de long, par laquelle s'échappa un jet d'urine. Après avoir bien épongé la plaie, je fermai la déchirure par trois points de suture de Lambert, et je m'assurai que l'occlusion était bien assurée, en injectant de l'eau boriquée dans la vessie. A l'angle supérieur de la déchirure, en un point, il se faisait encore une petite déhiscence, au moment où la vessie était très pleine ; aussi, appliquai-je un quatrième point de suture. La vessie était dès lors parfaitement fermée, et je la refoulai aussi loin que je pus dans le petit bassin. A cause de la grande minceur des parois vésicales, au niveau du segment hernié, toutes les

manœuvres furent faites avec la plus grande prudence ; pour les sutures j'employai de la soie très fine, que je ne serrai que lentement et avec peu de force, pour éviter qu'elle ne coupât. Sonde à demeure, surjet de catgut sur le sac, et suture de la plaie cutanée, sauf à son angle inférieur, où passait une lamelle iodoformée. Les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Le 7 février 1891, ce pansement qui était souillé fut changé ; la plaie ne présentait aucune espèce de réaction. Le jour suivant la sonde fut retirée ; il ne s'était pas écoulé une goutte d'urine par la plaie.

Le 11 février (7^e jour après l'opération). Dans les deux derniers jours, nombreuses selles diarrhéiques, mélangées de sang, très fétides. A 7 h. du soir, frisson, avec une élévation de température de 40°,1, pouls de 160 à la minute. Le ventre est plus ballonné, mais peu douloureux ; on ouvre la plaie, en grande partie guérie, et en portant le doigt jusque dans l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal.

12 février. La malade est très faible ; 38° le matin ; pouls toujours très rapide, au-dessus de 140. Diarrhée sanguinolente et fétide. La plaie, ouverte de nouveau, et agrandie par en haut, ne laisse voir que quelques anses intestinales adhérentes à son niveau. Le tympanisme, jusqu'alors modéré, augmente vers le soir ; température 39°,6 ; pouls très petit.

Le surlendemain 15 février, la malade mourut.

Autopsie, le lendemain. — Adhérences généralisées, récentes et anciennes de l'intestin, et grande quantité d'un exsudat brunâtre, sanieux.

A la jonction du côlon descendant et de l'S iliaque, dans la moitié gauche du petit bassin, on trouva un abcès stercoral, gros comme une orange, autour duquel les anses intestinales sont fortement adhérentes. Dans le segment inférieur de l'intestin grêle, de même que dans le gros intestin, et surtout dans le voisinage de l'abcès stercoral, la muqueuse intestinale est boursoufflée et semée d'ulcérations folliculaires recouvertes de pus. La vessie est tellement adhérente, avec les anses d'intestins voisines, que malgré toutes les précautions, ses parois, très amincies, se déchirent en plusieurs points quand on cherche à les enlever.

Le point blessé au cours de la kélotomie reste intact ; il occupe un petit cul-de-sac dépendant de la moitié droite de la vessie.

La muqueuse vésicale n'est pas altérée, non plus que les uretères, ni les bassinets ; mais les reins, comme le foie et la rate, sont scléreux. Rien du côté des organes génitaux. En examinant de plus près la déchirure vésicale, on trouve les quatre sutures ; elles n'ont pas traversé la muqueuse, qui semble plutôt, à leur niveau, un peu plus refoulée en dedans.

Observation V (Résumée, OTTO LANZ).

Catherine M..., 60 ans, domestique, porte depuis dix ans une tumeur dans la région crurale droite. Cette tumeur ne détermine aucune gêne ; la malade n'y attache qu'une petite importance. Elle ignore les causes de son apparition. Au début, elle avait la forme et le volume d'une moitié de petite pomme. Une fois seulement la tumeur a subitement grossi ; elle est alors devenue douloureuse, le lendemain elle avait repris son volume habituel. Il y a huit jours, la malade ayant soulevé une cruche pleine d'eau, ressentit subitement de fortes douleurs dans l'aîne droite, qui se propagèrent bientôt dans tout l'abdomen.

Les douleurs allèrent en augmentant d'intensité, et il y eut dès le surlendemain des vomissements fécaloïdes. Le médecin consulté dit : hernie étranglée, et envoya la femme à l'hôpital.

Depuis deux jours, il n'y avait eu ni selles, ni gaz.

Etat actuel. — Femme de bonne constitution ; légère cyanose de la face ; langue sèche et un peu chargée. Légère insuffisance mitrale ; pouls petit, un peu fréquent, mais égal et régulier ; poumons sains.

Dans la région crurale droite, il y a une tumeur grosse comme un œuf, dont le grand arc est transversal, et qui est recouverte d'une peau normale.

Sa consistance est élastique, sa surface libre, sauf sur son

bord inférieur où l'on sent de petites inégalités. Mais à la palpation la tumeur se divise en deux parties dont la supérieure représente les $\frac{2}{3}$ de la masse totale.

Le ligament de Poupart passe au-dessus de la hernie qui envoie en haut un pédicule facile à apprécier, se perdant dans la profondeur de l'abdomen. A la percussion, matité absolue; à la pression, la tumeur est indolente, le pédicule, au contraire, est douloureux. Un peu de météorisme abdominal et de sensibilité autour de l'ombilic, pas d'ascite, urines riches en indican, mais de composition normale.

Diagnostic. — Entéro-épiplocèle étranglée.

Anesthésie commencée avec le chloroforme, continuée avec l'éther, incision parallèle au ligament de Poupart, dissection et ouverture d'un sac épaissi d'où s'écoule un liquide trouble, mais aseptique. Au fond du sac il y avait une anse intestinale étranglée et une masse bleuâtre que l'on prit pour de l'épiploon : tandis qu'il s'agissait d'un hématome du sac herniaire.

L'intestin alors reconnu sain est rentré dans l'abdomen. On allait achever la cure radicale, quand apparaît un lipôme sous-séreux, très adhérent au sac. En introduisant le doigt à travers le collet du sac dans le péritoine, on reconnaît que le pédicule de ce lipôme s'engage derrière le pubis, et de suite on songe à la possibilité d'une cystocèle. Pour en acquérir la certitude, on incise largement le sac isolé et sous une couche graisseuse, peu considérable, apparaissent, en forme de réseau, des fibres musculaires pâles, qui représentent la musculature de la vessie. La cystocèle présumée est transparente et paraît contenir un liquide clair, le diagnostic est donc certain.

On resèque la partie exubérante du sac, au-dessous de la cystocèle. On aurait pu se borner à réduire la vessie; mais en poursuivant la dissection du sac on déchire accidentellement la vessie, et il s'écoule un peu d'urine. Le doigt introduit dans la vessie sentit l'extrémité d'un cathéter introduit dans l'urèthre; il n'y avait donc pas de diverticule vésical, mais une large communication. Suture à la soie de la plaie vésicale sur deux plans et du péritoine au-devant de la cystocèle. Drainage de la plaie.

Suites très simples. — La malade quitte l'hôpital deux semaines après l'opération; elle est absolument guérie. Pendant la première semaine elle était sondée trois fois par jour, l'urine fut toujours claire; il n'y eut jamais de troubles urinaires.

La malade revenue deux mois après l'opération, dit se souvenir avoir eu quelques troubles antérieurs de la miction (envies impérieuses, légères incontinences au moment des efforts de toux) qui ont complètement disparu.

Observation VI (résumée. LANZ).

Femme de 48 ans, opérée il y a 5 ans d'une hernie crurale droite; porte depuis un bandage.

Il y a huit jours, elle s'aperçut par hasard de l'existence d'une tumeur à l'aîne gauche. Cette tumeur est grosse comme une noix, nullement douloureuse. La malade désire toujours une opération.

Elat actuel. — Dans l'aîne droite, cicatrice de l'ancienne opération et légère récidive de hernie. A gauche hernie épiploïque crurale grosse comme une noix.

Opération. — On fait la cure radicale à gauche, puis on aborde la récidive droite. On ouvre et on trouve un sac herniaire vide et on allait inciser sa paroi postérieure lorsqu'on est frappé par l'épaisseur anormale de cette paroi. A un centimètre à peine de l'anneau crural est un corps bleuâtre, transparent, qui paraît doubler le sac. On pensa d'abord qu'il s'agissait d'une portion du côlon. Mais il ne se laissa pas tirer au dehors, et le doigt introduit dans le canal crural peut le suivre jusque derrière le pubis dans la région de la vessie. Ce fait, joint à la présence d'un lipome en arrière du sac, éveille l'idée d'une cystocèle. On introduit un cathéter dans la vessie qui ne pénètre pas jusqu'au canal crural. Par contre, avec le petit doigt introduit dans le canal crural, on sent la résistance du bec de l'instrument, résistance qui se transmet à la main qui dirige le pavillon. Suture du sac après en avoir

détaché la partie superflue : dissection des adhérences ; réduction de la vessie, suture de l'orifice herniaire, suture de la plaie cutanée, drain.

Suites simples. — Cathétérisme une fois par jour : les urines étaient très troubles, mais elles ne contenaient pas de sang. Peu de temps après, miction et urines normales. Deux semaines après l'opération la malade quitte l'hôpital avec une bonne cicatrice.

Observation VII (SCHOONEN).

Le 8 mars 1893, le patient, ouvrier terrassier, rentre chez lui après une rude journée de travail, éprouve, en enlevant ses souliers, une douleur vive et subite au niveau de l'aîne droite. Il constate en cet endroit une tumeur pour laquelle deux jours plus tard il entre à l'hôpital.

Comment et quand cette tumeur s'est-elle produite ?

Le malade ne peut malgré notre insistance donner aucun renseignement assez précis pour trancher cette question avec certitude.

Quelques heures plus tard, c'est-à-dire dans la nuit du 8 au 9, il est pris de vomissements alimentaires et bileux qui persistent jusqu'au vendredi matin, jour de l'opération, et se répètent d'heure en heure. Ils ne deviennent pas fécaloïdes.

9 mars 1893. Même état. Le soir, le malade entre à l'hôpital. M. le docteur Kleinens, attaché à mon service, porte le diagnostic de hernie crurale étranglée, et pratique sous le chloroforme, mais en vain, le taxis pendant cinq minutes.

10 mars 1893 Je vois le malade le lendemain matin et je constate au pli de l'aîne une tumeur de la grosseur d'un marron, tumeur mollassée, indolore, irréductible. Elle se trouve au dehors de l'anneau inguinal dans lequel on introduit facilement le bout du doigt.

Le malade continue à vomir des matières bilieuses. Le ventre est ballonné et sonore. Le malade n'a plus eu à la veille de ce lundi, mais il continue à évacuer des gaz. La température est normale et le pouls, un peu faible, ne denote pas d'accélération. Il existe une forte bronchite asthmatique avec emphysème pulmonaire.

Diagnostic. — Epiplocèle crurale.

Opération. — J'incise la peau, le pannicule adipeux et le sac herniaire formé à la face antérieure de la tumeur par l'aponévrose crurale (*ligament de Gimbernat et fascia cruraliforme*). Je ne trouve pas de liquide sous l'aponévrose, puis je pénètre dans le sac autour de la tumeur herniée. Celle-ci est formée par une *masse graisseuse* que je prends tout d'abord pour l'épiploon, mais en réclinant des doigts cette tumeur et en l'étalant pour rechercher dans sa profondeur une partie viscérale, je découvre un organe blanchâtre allongé, aminci, transparent, paraissant contenir quelques gouttes de liquide. Je ne parviens pas à attirer cette tumeur au dehors, je ne réussis pas davantage à la réduire, et cependant, le doigt introduit dans le canal crural ne perçoit aucun étranglement. En circonscrivant par le palper le pédicèle, je trouve une forte adhérence à la partie supéro-interne de l'anneau. J'agrandis largement mon incision vers l'abdomen, dans le but de faire une hernio-laparatomie, mais je constate aussitôt après l'incision superficielle que les adhérences se détachent sans difficulté. Par une traction opérée sur l'organe hernié on sent le *pedicule s'enfoncer derrière le pubis*. Du côté du péritoine, ce viscé forme une corde sous la traction. Plus de doute ! Il s'agit d'une espèce de tapissée du péritoine à sa face antérieure. Pour m'en convaincre davantage je prie mon confrère, M. le docteur Lamotte, d'introduire un cathéter dans le réservoir urinaire, et je *rentre par faitement le bec de l'instrument pénétré dans le diverticule hernié*. Je résèque le lipocèle adhérent à la venue et je réduis cet organe sans difficulté. Je ferme l'incision par suture au gros catgut à triple étage.

11 mars 1893. Température, 37° 2 au soir, 37° au matin.

Toux fréquente et expectoration abondantes. Pas de troubles urinaires

12 mars 1893. — Température vespérale, 37°,8. Etat général satisfaisant.

15 mars 1893. — Température normale. Renouvellement du pansement ; réunion immédiate. Guérison.

Observation VIII (MACREADY).

Le sujet était une femme âgée de 67 ans, qui portait une hernie depuis l'âge de 50 ans, mais avait toujours pu la faire rentrer jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital où elle se présentait avec un étranglement. La hernie était crurale et siégeait du côté droit. Le sac fut ouvert et l'intestin rentré ; le sac fut isolé, transfixé, lié en chaîne et reséqué. Trois jours après, il y avait un écoulement sanio-purulent par la plaie, imprégnant le pansement ; le neuvième jour on trouva un liquide clair, suintant par la plaie ; un drain fut placé dans l'orifice, et trois onces d'urine furent retirées de l'aine. La vessie étant vidée, une certaine quantité de liquide fut injectée à son intérieur et sortit par la plaie ; une sonde fut fixée dans la vessie ; la fistule urinaire de la plaie ne tarda pas à se fermer et la malade guérit facilement.

Observation IX (JABOULAY ET VILLARD).

Une fois seulement nous avons opéré une cystocèle crurale. C'était une cystocèle extrapéritonéale. L'histoire est curieuse, parce que le diagnostic ne fut fait que quelques heures après l'opération.

C'était une jeune femme de 30 ans, qui n'avait eu pour toute maladie pelvienne qu'une hématocele. La hernie crurale siégeait

à droite et remontait à 7 ans avant. Son apparition avait succédé à l'hématocèle. Elle avait grossi cette hernie petit à petit, et lorsqu'elle nous fut confiée, elle atteignait le volume d'une mandarine, mais elle était allongée de haut en bas. Deux fois seulement, dans les deux mois qui précédèrent l'intervention, il y eut des coliques violentes qui firent songer à l'étranglement. Mais ces phénomènes cédaient au repos. Une nuit, un chirurgien, appelé pour l'opérer, arriva quand les douleurs étaient finies sans que la grosseur ait disparu.

Après une journée de travail, le mal de ventre revenait ; mais ici nous ne sommes pas sûr de la part qu'il faut faire aux causes de l'ancienne hématocèle et à la hernie crurale.

Le port d'un bandage fut conseillé, mais il ne réduisait pas la hernie et était fort douloureux. C'est pourquoi la malade vint demander une intervention.

Il y avait au pli de l'aîne droite une tumeur lisse, régulière, un peu allongée verticalement, molle, contenant un liquide. Situation et nature à part, au point de vue seulement de la sensation, cela ressemblait à un abcès par congestion. Le diagnostic posé fut kyste herniaire déshabité ; en appuyant fortement on diminuait son volume et on sentait le liquide passer de bas en haut. Une incision fut faite, verticale dans le sens du grand axe de la hernie.

Arrivé sur sa face externe, il nous sembla qu'elle n'était pas aussi régulière que d'habitude, il paraissait difficile de la séparer du voisinage ; nous la fendîmes et du liquide vint. Alors, l'index introduit arriva facilement au-dessus du ligament de Gimbernat.

Pour arriver dans la cavité, nous avions dû couper une paroi qui était épaisse. Toute la poche est isolée des tissus ambiants, et la dissection étant faite jusqu'à l'orifice crural, un fil de catgut est placé circulairement et très fortement serré. Après quoi, la poche est réséquée.

La suture superficielle est faite comme d'habitude, et nous partons convaincu de la bénignité du cas et de la simplicité des suites opératoires. Une heure après on vint nous chercher en toute hâte pour des besoins d'uriner extrêmement douloureux

et un ténesme vésical atroce. Alors seulement le diagnostic s'imposa et nous revîmes cette paroi épaisse, qui n'était que la vessie, ce liquide contenu en assez grande abondance, qui était de l'urine.

Les conséquences de cette réaction vésicale ne nous paraissent pas devoir être hénignes. Nous n'avions fait qu'une stricture, il est vrai très serrée, sur le collet du bissac qui devait représenter la vessie. Mais le fil conducteur allait peut-être être résorbé ou éliminé, et une fistule urinaire en serait la conséquence au niveau du pli de l'aîne. Cependant ce ne fut pas ce qui arriva. Pendant deux jours, les douleurs à la miction restèrent très fortes, puis elles diminuèrent et disparurent. Quant à la plaie opératoire, elle se cicatrisa par première intention.

Observation X (U. GUINARD).

Le 17 juin 1895, R... Marianne, 74 ans, sans profession, est amenée d'urgence, à 9 h. du soir, à la Pitié.

La malade se plaint de coliques, de nausées, et accuse des envies constantes d'uriner; elle vomit depuis la veille au soir, et les vomissements ont, d'après les personnes qui accompagnent cette femme, une odeur repoussante. Pas de selle, pas de gaz depuis la veille.

A l'examen direct, on constate dans la région de l'aîne droite une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. Les téguments sont normaux, glissent facilement sous les parties sous-jacentes. La tumeur est résistante, non fluctuante, non réductible, sensible à la palpation; la pression est franchement douloureuse au niveau du pédicule de la tumeur. La percussion donne une matité uniforme. L'état général n'est pas mauvais; le facies un peu grippé, la langue sèche, mais les extrémités sont chaudes, les téguments souples; le pouls est bon.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'étranglement dans une anse intestinale complète, et en raison des en-

vies fréquentes d'uriner qu'a accusées la malade, on pense à la présence possible d'une portion quelconque de la vessie dans la hernie. A dix heures du soir on pratique l'opération, après anesthésie locale à la cocaïne, et on prend les précautions nécessaires pour ne pas blesser la vessie.

Après avoir sondé la malade, incision verticale classique de la hernie crurale. Rien de particulier à noter pour les tégu-ments. La peau et le tissu cellulaire incisés, la tumeur herniaire est facilement libérée avec les doigts des parties environnantes. La hernie se présente alors nettement pédiculée, du volume d'une petite mandarine. On incise avec les précautions ordinaires les différentes couches du sac herniaire; mais les incisions sont faites sur la face externe du sac, de façon à courir le moins de risques possibles de blesser ou d'ouvrir la vessie qui, à priori, vu ses rapports anatomiques normaux, doit se trouver au côté interne de l'anse intestinale herniée. Bientôt, on arrive sur l'enveloppe séreuse qui est ponctionnée; il s'échappe du sac un liquide noirâtre hématique. Le sac est alors plus largement ouvert avec les ciseaux, toujours sur sa face externe, et le doigt introduit dans son intérieur, servant de guide aux ciseaux.

L'incision du sac laisse voir une anse intestinale, distendue, noirâtre, et reposant sur l'intestin, l'ovaire, petit, blanchâtre, dur, sclérosé, portant de nombreuses cicatrices dépourvues d'adhérences. La paroi interne du sac présente une épaisseur tout-à-fait anormale. Cette paroi a la consistance d'une membrane épaisse étalée; de plus, on sent nettement deux épaisseurs de tissus glissant l'une sur l'autre quand on la pince entre les doigts. La présence de la vessie devient presque certaine.

Le contenu du sac est lavé largement à l'eau phéniquée, faible et tiède. Puis on procède au débridement de l'anneau constricteur.

La hernie est crurale et l'on s'en assure; on sent, en effet, à peu de distance au-dehors d'elle, battre l'artère fémorale; d'autre part, l'index accroche avec l'ongle le ligament de Gim-bernat en dedans, mais avec peine, car l'anneau est serré. Le débridement porte en bas, et en dedans sur le ligament de Gim-bernat; mais, afin d'éviter sûrement la vessie, le ligament est

découvert, mis à nu, son bord libre repéré; puis le couteau est introduit directement sur le ligament, à l'extérieur de toutes les enveloppes du sac; il devient ainsi impossible d'intéresser les enveloppes de la hernie, et à plus forte raison de leur contenu. Le débridement se fait avec la plus grande facilité et assez largement pour que l'on puisse introduire entre le ligament et le collet de la hernie, l'extrémité de l'index.

L'anse intestinale est alors aisément attirée au dehors. Il s'agit d'un étranglement complet. L'anse est, au moins en apparence, en assez mauvais état; elle est distendue, noirâtre et violacée; son revêtement péritonéal soulevé en certains points par de petits épanchements sous-séreux, déchiré et pendant dans d'autres points, elle a perdu toute souplesse; sa consistance est dure, parcheminée, comme cassante; les parties comprimées par l'anneau sont extrêmement rétrécies et amincies. L'anse est uniformément malade; il n'y a pas de point particulièrement sphacélé qui soit justiciable d'une invagination.

Vu l'âge de la malade, la complication de la présence de la vessie, on renonce à la résection et à l'anus contre nature, et, après un nouveau lavage, on réintègre avec précaution l'intestin dans l'abdomen. Cette manœuvre ne se fait pas sans difficulté à cause de l'état de friabilité de l'anse. L'ovaire est réduit en même temps que l'intestin.

On procède ensuite à la dissection du sac. Le sac fendu en dehors, se déchire en ce point, il n'en reste bientôt plus que des lambeaux. En dedans, au contraire, il se détache de la vessie avec facilité. La vessie apparaît alors très nette avec ses fibres musculaires. Elle ne contient pas de liquide; ses parois ont leur épaisseur normale, même au point où a porté la constriction.

On constate que cette portion de vessie herniée a son pédicule en bas et est en dedans derrière le pubis; elle est totalement dépourvue de graisse. Ce qu'on a pu isoler du sac est réséqué après ligature; mais à cause du revêtement péritonéal qui persiste sur la partie non herniée de la vessie, il est impossible de réintégrer isolément dans l'abdomen le pédicule du sac et la vessie, ces deux organes doivent être réduits simultanément, ce qui se fait sans difficulté.

L'anneau est refermé ; sutures profondes et sutures superficielles, pas de drainage ; pansement compressif.

La malade est sondée de nouveau ; l'urine ne contient pas de sang.

Injection sous-cutanée de un centigramme de morphine immédiatement après l'intervention ; même dose de morphine à 6 h. du soir.

Les suites sont simples. Pour le soir cinq centigrammes d'extrait thébaïque.

La malade, très indocile, s'agite et se lève ; néanmoins au huitième jour le pansement est refait, les fils sont enlevés ; pas de pus, pas d'hématome ; réunion par première intention.

Le lendemain une purgation produit un effet énergique.

Le 15 juillet, la malade sort guérie sans incident.

Les antécédents de cette malade sont difficiles à établir, à cause de son état de sénilité ; elle doit avoir sa hernie depuis environ dix ans.

Observation XI

(due à l'obligeance du professeur agrégé FROELICH.)

La femme X..., âgée de 34 ans, entre dans le service de M. le professeur Heydenreich au mois de septembre 1895.

Dans ses antécédents personnels on note 3 grossesses.

Cette malade portait depuis quatre ans une hernie crurale droite sans en être incommodée. Depuis 36 heures, la hernie s'était étranglée avec tout le syndrome classique de cet accident : absence de selles et de gaz, vomissements, tension et douleur au niveau de la hernie. Celle-ci avait le volume d'un œuf de poule. Le professeur agrégé Froelich opère séance tenante.

Opération. — L'intestin grêle se trouvait seul dans le sac, il était déjà fortement congestionné, le sillon très marqué. Je fis le débridement directement en haut. Après lavage de l'intestin au

sublimé, j'explorai avec le doigt l'anneau herniaire et je trouvai dans la partie interne du collet et du sac, un épaississement molasse du volume et de la forme du pouce, renforçant, blindant pour ainsi dire le sac. Pour faire la cure radicale de la hernie, je décollai le sac herniaire et je le séparai d'avec cette masse oblongue. C'était d'abord du tissu adipeux puis ensuite un tissu plus mou, plus rosé que je reconnus bientôt pour être du tissu musculaire. Dans les efforts pour décortiquer le sac, un certain nombre de fibres musculaires furent déchirées et je vis faire hernie à travers l'orifice pratiqué un kyste transparent. Ce kyste, j'en reconnus immédiatement la nature, c'était la muqueuse vésicale.... Je me trouvais donc en présence dans l'opération que je vous raporte d'une hernie de la vessie reconnue à temps. Je fermai l'orifice musculaire par quatre fils de soie et je réduisis l'organe en laissant adhérent à la vessie le péritoine. Je terminai la cure radicale et ne pouvant lier le collet de la hernie, je le fermai par la suture. Je plaçai un drain dans l'angle interne de la plaie ; trois jours après je l'enlevai et au bout de 10 jours la malade rentrait chez elle parfaitement guérie. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, il fallut pratiquer le cathétérisme vésical. En interrogeant la malade sur ses antécédents, après l'intervention, je ne découvris aucun symptôme qui ait pu faire songer à la hernie de la vessie.

Pendant l'étranglement, rien ne vint attirer l'attention sur la miction.

Observation XII (J. ESCAT ET U. GUINARD).

Hernie crurale droite étranglée. — Entéroccèle. — Blessure de la vessie. — Mort. — Autopsie.

Le dimanche 15 mars 1896, entre à 11 heures du matin, à l'hôpital Necker, la nommée D... Denise, 69 ans, journalière, présentant tous les symptômes d'une hernie crurale droite étranglée.

Hernie ombilicale depuis 30 ans ; hernie crurale droite depuis 30 ans également ; irréductible depuis quelques jours.

Le samedi 14 mars, la malade ressent, à 9 heures du matin, une vive douleur dans l'aîne droite ; dans la journée quelques coliques. Il y aurait eu dans la même journée une selle et quelques gaz rendus par l'anus ; beaucoup d'éruclations.

Le premier vomissement n'a lieu que le dimanche matin 15 mars.

À l'entrée à l'hôpital, état assez satisfaisant, langue humide, pouls bon.

Dans l'aîne droite, tumeur grosse comme une mandarine enfouie dans la graisse sous-cutanée, irréductible, douloureuse à la pression vers le pédicule. La malade en souffre en dehors de toute palpation.

Hernie ombilicale de volume moyen, à anneau très large, réductible, mais non en totalité.

Une anse intestinale est sous-cutanée ; cette hernie n'est pas tendue, elle n'est pas plus douloureuse que d'habitude.

Aucun signe vésical anormal notable.

Il y a lieu de remarquer que la malade donne les renseignements qu'on lui demande, d'un air tout à fait désintéressé, semblant n'attacher aux questions qu'on lui pose qu'une importance très relative. En somme, réponses assez vagues.

On porte le diagnostic d'entérocéle étranglée. Avec l'assentiment d'un de nos maîtres, nous procédons à l'intervention sous l'anesthésie cocaïnique, à deux heures et demie.

Incision classique pour la hernie crurale ; la tumeur herniaire est libérée. À sa surface on rencontre deux pelotons adipeux formant deux cornes courtes et épaisses de couleur et de consistance banales ; il faut noter que cette graisse est enveloppée d'une sorte d'œdème qui masque un peu les parties sous-jacentes et est due très probablement à l'infiltration des couches superficielles par la solution cocaïnique. Cette couche de graisse disséquée sans trop de peine, on arrive sur le sac que l'on ouvre ; sac peu épais, normal. À son intérieur, anse intestinale complète, noirâtre, mais souple et peu malade ; on la lave à l'eau phéniquée faible. Le couteau de Cooper est porté par l'intérieur

du sac, sur le ligament de Gimbernati; l'étranglement est assez peu serré; le débridement se fait sans difficulté. L'anse intestinale est attirée au dehors. Pas de lésions au niveau de la portion étranglée.

Réintégration de l'anse dans l'abdomen.

On procède à la dissection du sac. Cette dissection facile et rapidement menée sur la face externe du sac, devient pénible à sa face interne.

Il y a là un tissu très vasculaire, très adhérent au sac, ne rappelant en rien les fibres musculaires de la vessie, déjà vues dans des circonstances semblables par l'un de nous; ce tissu friable ne supporte pas la dissection et vient par lambeaux. A peine a-t-on tenté cette dissection que l'on aperçoit une ouverture longue de 1 à 2 centimètres située à la partie inférieure et interne du sac, tapissée par une membrane blanchâtre sans consistance. Au même moment, la malade qui, jusque-là n'avait accusé aucune douleur, ressent des envies d'uriner; il devient peu douteux que l'on ait ouvert la vessie. L'index introduit pénètre dans un conduit très étroit, à peine suffisant pour son passage; en avant, l'index sent le bord inférieur du pubis; en arrière il est en contact avec un corps dur, résistant, immobile, que l'on prend pour des matières fécales accumulées dans le gros intestin; en bas le doigt ne pénètre pas dans une cavité comme on aurait pu s'y attendre; il rencontre un véritable cul-de-sac. Néanmoins, le conduit se dirige en bas et en dedans, vers la symphyse; on s'assure qu'il ne communique pas avec le sac ou la cavité péritonéale.

Il ne s'est écoulé aucun liquide, on ne perçoit aucune odeur urineuse. La malade est sondée. Il s'écoule 40 à 50 grammes d'une urine claire. La sonde évolue avec peine dans la vessie; elle est comme bridée et poussée du côté de l'orifice accidentel. Le doigt introduit par cet orifice, à la rencontre de la sonde, ne découvre pas le bec de la sonde à nu, mais il est arrêté par un corps dur et résistant. Néanmoins ce bec est senti très facilement, très près, comme doublé d'une tunique très mince.

A ce moment, il s'écoule de la sonde quelques gouttes d'urine très faiblement sanguinolentes. Ce sang en faible quantité ne

proviendrait-il pas d'une éraillure de la muqueuse due à la sonde pendant les manœuvres? L'embarras est grand, cependant on n'essaie pas de pousser une sonde plus longue vers l'orifice de peur de produire une plaie vésicale, peut-être non encore faite. Quoi qu'il en soit, et sans pouvoir affirmer d'une manière formelle qu'il s'agit d'une plaie de la vessie, on se dispose à traiter comme telle l'ouverture accidentelle. Le sac est lié comme d'habitude, disséqué, réséqué, refoulé dans l'abdomen.

A ce moment on cherche en vain le second orifice pour poser plusieurs plans de suture sur ses bords, les pinces que l'on a placées sur la membrane mince sont tombées, arrachant la partie pincée; il ne reste que celles qui pincent le tissu vasculaire ambiant.

L'orifice n'ayant pu être retrouvé, on attire avec précaution le plus que l'on peut ce tissu; on le pédiculise et on jette sur lui une ligature en masse serrée avec un fil de soie.

L'anneau n'est pas refermé. Suture superficielle. Drain à la partie inférieure de la plaie, pénétrant dans l'anneau. Sonde molle à demeure. Au moment où l'on place la sonde, rien ne s'écoule de la vessie.

La malade est reportée dans son lit et surveillée de près. L'extrémité de la sonde à demeure plonge dans un urinal qui contient du sublimé.

Durée totale de l'opération : Trois quarts d'heure.

Dans la journée, les phénomènes d'étranglement intestinal disparaissent; la malade urine par la sonde; le liquide est légèrement sanguinolent. Régime lacté. Extrait thébaïque, dix centigrammes.

16 mars. — L'état général est bon. L'urine est abondante; mais contient du sang en quantité notable.

17-18 mars. — L'état général est toujours bon. La coloration des urines est de moins en moins foncée.

19 mars. — Quatrième jour depuis l'opération. Le pansement est refait; rien ne s'est écoulé par le drain, ni sérosité, ni urine; le drain est retiré; la plaie est en voie de cicatrisation. La malade se plaint de fréquents besoins d'uriner et de douleurs dans le bas ventre. En présence de ces symptômes d'irritation vésicale,

on retire la sonde à demeure. Etant donnés l'âge de la malade et le mauvais état présumé de ses reins, la cystite est en effet à redouter; d'autre part, il ne peut être question de faire des lavages dans une vessie ouverte et péniblement refermée quatre jours auparavant.

20 mars. — La malade a uriné seule et très fréquemment, il n'y a pas eu besoin de la sonder. Elle a rendu deux litres d'urine très foncée. L'état général est moins satisfaisant que les jours précédents; la malade n'est pas allée à la selle depuis la veille du jour de l'opération; elle se plaint de quelques coliques. La hernie ombilicale reste souple. On administre cinquante centigrammes de calomel, le calomel n'ayant pas eu d'action suffisante, on administre un lavement.

21 mars. — Les urines contiennent beaucoup moins de sang; la malade en rend deux litres dans la journée; l'état général devient un peu inquiétant; il y a un peu d'affaïssement, un léger refroidissement des extrémités, du ténésme rectal; la langue est sèche.

22 mars. — Même état.

23 mars. — Le matin l'urine contient un léger dépôt sanguin; la malade urine dans son lit depuis la veille; quoique toujours un peu affaïssée, elle ne souffre pas. Le pansement est refait; ablation des fils, réunion par première intention. La malade se prête facilement aux manœuvres nécessitées par le pansement, peut se soulever seule pour passer les bandes. En somme, la situation, tout en n'étant pas très rassurante, est loin d'inspirer des inquiétudes immédiates. Dans l'après-midi, affaïssement progressif et rapide. Coma. Morte à 5 heures du soir.

Autopsie. — La paroi abdominale est rabattue sur le pubis au moyen d'une incision curviligne partant d'une épine iliaque et passant au-dessus de l'ombilic pour aller rejoindre l'autre épine iliaque. Les fossettes inguinales, l'anneau crural se trouvent ainsi étalés.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate que la grande cavité péritonéale présente son aspect normal; il n'y a pas trace de péritonite. L'anse étranglée, encore un peu ecchymotique, est

en parfait état; les gaz et les matières la traversent aisément; il n'y a aucun point perforé ni aminci. Le petit bassin est rempli par une grosse tumeur ovoïde du volume d'un gros poing que l'on prendrait au premier abord pour la vessie distendue; mais cette masse mobile est attirée en haut hors du petit bassin, et l'on voit que l'on a affaire à un fibrome dur, en voie de regression. Le corps utérin a presque disparu. Il est atrophié, réduit à une sorte de pédicule mince et large qui, des culs-de-sac vaginaux va à la tumeur. Aussi le fibrome se plaçait aussi facilement sur la face antérieure, sur le sommet de la vessie qu'il écrase, et sur la face postérieure dans le cul-de-sac de Douglas. C'est dans la première de ces positions qu'il fut trouvé à l'inspection du petit bassin; il déprimait le sommet de la face postérieure de la vessie, déterminant la formation de deux cornes vésicales latérales.

En attirant la tumeur en haut, on constate dans le petit bassin la présence de deux ou trois cuillerées à bouche d'un liquide brunâtre, louche, dont l'aspect rappelle celui de l'urine.

Tout autour le péritoine a son apparence normale.

Les parois étant bien étalées, on constate que l'angle inférieur du triangle formé par les artères épigastriques et les branches horizontales du pubis, est dévié du côté de l'anneau crural. En tendant la paroi, on aperçoit en dedans du point où siège la ligature du sac, une perforation péritonéale qui admet le bout du doigt; en pressant tout autour on fait sourdre le même liquide brunâtre et purulent qui se trouve dans le petit bassin. Une sonde introduite dans la vessie ressort par cet orifice. Dans le voisinage de la perforation, sous la séreuse, on trouve la ligature que l'on avait jetée sur l'ouverture vésicale et qui tient solidement encore. La portion de séreuse avoisinant la perforation ne présente aucun signe d'inflammation.

On ouvre complètement la vessie qui est affaissée derrière la symphyse; on étale la perforation vésicale, cette dernière siège sur la face externe et sur le côté droit de la vessie, tout autour la muqueuse est rouge, violacée, tomenteuse. On trouve les restes d'un foyer purulent qui s'est formé là où siège actuellement la perforation. A ce niveau la paroi vésicale est dans toute son épaisseur

et à une certaine distance tout autour de la perforation, ramollie, friable, sans consistance.

Les reins sont petits, atrophiés; il y a quelques petits kystes à leur surface, la couche corticale est très amincie.

Le gauche pèse 70 gr., le droit 80 gr. Le foie est un peu dur à la coupe.

Etant données ces constatations, la filiation des faits nous semble avoir été la suivante : la partie herniée de la vessie, très altérée et très friable, rencontrée à la face interne et inférieure du sac, a été déchirée pendant la dissection de cette portion du sac; les explorations recommandées en pareil cas, pour s'assurer de la nature de l'organe blessé, et considérées jusqu'à présent, comme suffisantes pour arriver à un diagnostic certain, ont été mises en défaut par suite de la présence d'un fibrome.

Au lieu d'une cavité vésicale plutôt agrandie, le doigt introduit dans l'ouverture accidentelle, rencontre un cul-de-sac, le bec de la sonde introduite dans la vessie, loin d'être amené au dehors par cette ouverture, n'est même pas senti dans la cavité explorée, enfin de l'urine claire s'écoule de la vessie. Le sac était formé, au moins en partie, par cette portion du péritoine qui adhère fortement à la vessie; aussi la paroi vésicale a-t-elle suivi le péritoine dans l'abdomen, pendant la réduction du pédicule du sac, masquant à l'opérateur la blessure accidentelle.

Néanmoins cette ouverture put être fermée par une ligature en masse jetée un peu au hasard. Cette blessure était manifestement extrapéritonéale, la vessie remise en place, le péritoine vint recouvrir la face externe blessée.

Tout alla bien jusqu'au moment où la portion malade et le sac de la vessie s'infectèrent; il se forma en ce point un abcès dans l'épaisseur des parois, cet abcès d'abord sous-péritonéal s'ouvrit subitement dans le petit bassin, entraînant la mort de la malade déjà fort compromise par son âge et la sclérose avancée de ses reins, et aussi par la cystite qui s'était déclarée depuis quelques jours.

Il est néanmoins hors de doute que l'issue fatale a été provoquée par la déchirure de la vessie. Nous étions en droit de penser que nous avons rempli toutes les indications en introduisant un

drain dans l'anneau et en plaçant une sonde à demeure dans la vessie. N'aurait-il pas été plus prudent de prolonger par en haut l'incision de la paroi abdominale, de rechercher la plaie vésicale, et de la suturer soigneusement ? Nous rejetâmes cette intervention pour des raisons multiples : la blessure étant extra-péritonéale tout danger d'épanchement dans le péritoine nous semble éloigné, par l'intégrité de la séreuse et le drainage ; d'autre part, l'état d'affaiblissement de la malade ne nous faisait rien présager de bon d'une opération trop prolongée.

Enfin, et surtout, nous savons que dans la plupart des cas semblables, les sutures les plus méthodiques n'avaient pas empêché l'établissement d'une fistule vésicale, tout comme dans le cas où la suture avait été faite moins soigneusement ou pas faite du tout.

On nous objectera qu'il n'en est pas ainsi quand une bonne suture est faite en bon tissu, nous n'en doutons pas, mais nous pensons que la sonde à demeure n'est pas pour cela mieux tolérée, que la cystiste ne s'en serait pas moins déclarée et que les reins de la malade n'étaient pas en état de permettre à celle-ci le luxe d'une semblable affection.

En tout cas, nous ne fûmes pas peu surpris de rencontrer à l'autopsie une communication entre la vessie et la cavité pelvienne ; cette complication n'avait pas encore été signalée, nous avons crû utile de la faire connaître en publiant cette observation.

Observation XIII (docteur BREFFEIL).

J. Françoise, 41 ans, entre à l'hôpital le 14 juin 1896 pour étranglement d'une hernie crurale droite. Pas de maladies antérieures. — Cinq grossesses toutes normales ; la dernière il y a quatre ans ; pas de hernieux dans la famille.

Etat général excellent, bon tempérament.

La hernie crurale datait d'octobre 1895. Le 13 juin 1896, fatigues excessives ; marche longue dans la ville, nettoyage de

parquets ; la hernie sort plus grosse que d'habitude et devient irréductible. Coliques violentes, vomissements alimentaires puis bilieux.

Entrée à l'hôpital le 14 juin à 10 heures du matin. Opération à midi.

On tombe sur une petite hernie marronnée, le sac est doublé d'un abondant tissu adipeux : ouvert, il nous montre le gros intestin sain, retenu par une bride longue ancienne qui le fixe au fond du sac. Section et ligature de la bride. Débridements multiples sur le ligament de Gimbernat en dehors du collet du sac.

Désirant faire la cure radicale, j'isole le sac herniaire des parties ambiantes : je trouve alors à la face interne une masse donnant la sensation d'un autre sac, d'une cavité dont les parois glissent l'une sur l'autre. J'avais déjà éraillé les fibres superficielles de son épaisse paroi, lorsque le grand nombre de veines dilatées et tortueuses rampant à sa surface me fit penser à la vessie ; je vérifiai cette opinion par une injection d'eau boriquée dans le réservoir urinaire. Je suturai alors pour plus de sûreté mon éraillure qui n'était point pénétrante ; je réduisis la vessie ainsi que le sac herniaire que j'oblitérai à la manière ordinaire.

Pour terminer, suture de l'arcade crurale à l'aponévrose pectinéale ; suture des plans superficiels.

Cette cystocèle crurale avait le volume d'une noisette, l'ensemble de la tumeur herniaire (entérocele et cystocèle) égalait celui d'un petit œuf de poule.

Rien dans les symptômes notés et cherchés après l'opération ne permettait de supposer une hernie vésicale.

15 juin au soir. — La malade a des urines normales, sans le moindre globule sanguin.

18 juin. — La température et le pouls continuent à être normaux ; le drain est retiré, la réunion par première intention paraît certaine.

Observation XIV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur HEYDENREICH)

Le 2 juillet 1896, la nommée X... entre dans le service du Professeur Heydenreich. — Salle 7. — N° 12.

Cette femme a 75 ans ; elle est mariée et a eu 4 enfants. Elle n'accuse aucune maladie antérieure, mais elle serait fréquemment constipée.

Depuis 8 jours elle ne va pas à la selle, et depuis quatre jours absence complète de gaz ; vomissements fécaloïdes fréquents. Le 1^{er} juillet, un médecin appelé a pratiqué le taxis sans résultat.

La malade présente un état général peu inquiétant ; elle marche seule sans être soutenue.

On constate dans la région crurale droite une hernie petite, dure, marronnée. La peau est rouge. Cette rougeur ne semble pas dépendre des tentatives de taxis. La peau est adhérente. La hernie n'est pas douloureuse.

Opération. — On procède à la chloroformisation. Incision suivant le grand axe de la tumeur. Dissection méthodique de la peau et des diverses couches du tissu cellulaire. On arrive sur une masse noirâtre lobulée, qui, à première vue, ressemble à de l'épiploon. Cette masse présente une cavité dont on peut faire mouvoir les deux parois l'une sur l'autre.

Incision aux ciseaux du ligament de Gimbernat. La masse que l'on a sous les yeux se continue par un pédicule, s'engageant sous le pubis et le reliant à la vessie. On injecte de l'eau bori-
quée dans la vessie. Cette eau ne semble pas pénétrer dans la poche que l'on a sous les yeux ; mais elle pénètre dans la poche profonde qui était considérée comme la vessie ; ce qui indique bien que la portion herniée fait suite à la vessie. On rentre la masse herniée ; suture de la peau, après avoir laissé dans la plaie un tampon de gaze iodoformée.

2 juillet. — 38°4. — Etat général satisfaisant. Pas de gaz.

3 juillet. $\frac{\text{M. } 37^{\circ}2.}{\text{S. } 37^{\circ}4.}$ — La malade a eu des gaz pendant la nuit

On administre un purgatif qui amène une selle.

4 juillet. — Rien d'anormal.

8 juillet. — Pas de selles depuis deux jours. La malade va à la selle sous l'influence d'un purgatif.

10 juillet. — Pansement; rien d'anormal.

15 juillet. — Pas de selles depuis trois jours. — Purge. — Selles.

17 juillet. — Guérison.



CONCLUSIONS

I. — La cystocèle crurale n'est pas aussi rare que l'ont prétendu les auteurs. Aujourd'hui on la reconnaît plus facilement. Jadis dans une hernie crurale étranglée, on débridait en haut et en dehors et on réduisait. Personne ne se préoccupait de ce qui pouvait se trouver en dedans vers le ligament de Gimbernat. De nos jours on isole le sac pour pratiquer la cure radicale et on rencontre la vessie.

II. — Elle s'observe surtout dans la région crurale droite de la femme.

III. — L'influence des affections vésicales et des tumeurs pelviennes sur la formation de la cystocèle crurale est probable, mais non prouvée. Seules, la grossesse, la déviation vers la droite de l'axe vertical de la vessie, l'augmentation des diamètres transversaux de la vessie chez la femme, l'adhérence de la vessie au péritoine, ont un rôle étiologique presque certain.

IV. — La cystocèle extrapéritonéale et la cystosèle parapéritonéale sont les seules variétés observées. Elles sont tantôt primitives, tantôt secondaires. La cystocèle intrapéritonéale est possible,

V. — La symptomatologie n'est pas constante, de

sorte qu'il est difficile de diagnostiquer une hernie vésicale soit avant, soit pendant l'étranglement. En général, la vessie n'est aperçue qu'au cours de l'opération.

VI. — Si on reconnaît la vessie avant de la blesser, il faudra avant de débrider, récliner la masse herniée vers la partie externe de la cuisse et s'assurer qu'il n'existe rien d'anormal entre le ligament de Gimbernat et la masse réclinée.

VII. — Lorsqu'au cours d'une herniotomie crurale, on rencontre un épaissement du sac en dedans et en arrière ; lorsque le contenu du sac présente une apparence anormale ; lorsqu'en isolant le sac, on rencontre des fibres musculaires ou une couche grasseuse, il faut se méfier et songer à la vessie. Il ne faudra pas, dans ce cas, hésiter à recourir à une hernio-laparotomie qui, en confirmant le diagnostic, permettra au chirurgien d'éviter la blessure de la vessie.

VIII. — Le pronostic ne semble pas sérieux, même quand la vessie est blessée. Si les points de suture sont solides et faits dans un tissu sain, les blessures opératoires n'aggravent pas le pronostic. Il en est de même des fistules secondaires qui se guérissent d'elles-mêmes.

Vu et permis d'imprimer :

Vu par le Président de thèse,

D^r HEYDENREICH.

Le Recteur,

A. GASQUET.

Nancy, le 6 novembre 1896.

BIBLIOGRAPHIE

- AÜE. — Traduit du russe *In Centralblatt für chirurgie*. — N° 12. — Page 248.
- BERGER (P.). — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. — T. VI.
- BERGER (P.). — Résultats de l'examen de 10,000 observations de hernie. — *Congrès français de chirurgie*. 1895.
- BÆCKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*. 1890. — N° 2. — Page 17.
- BOURBON. — *Th. Paris*. 1892.
- CURTIS. — *Ann. of surgery*. Juin 1895.
- DELBET. — *Th. Paris*. 1895.
- DEMOULIN. — *Union médicale*. 1893.
- DURET. — *Th. agrégation*. 1883.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Pathologie ext.* T. VI.
- FRÆLICH. — *Rev. médicale de l'Est*. 15 février 1896.
- GUÉPIN. — *Rev. chirurgie*. 1893.
- GUINARD. — *Archiv. médecine*. Janvier 1896.
- GÜTERBOCK. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*. 1892.
- HABS. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*. 1889.
- HEDRICH. — *Gaz. médicale de Strasbourg*. 1890.
- HENGGELE. — Statistique de 27 6hernies étranglées. — *Best. Z. Klin. chir.* — N° XV.
- IMBERT (L.). — *Ann. des organes génito-urinaires*, 1896.
- JABOULAY et VILLARD. — *Lyon médical*. 1895.
- LEUSCHER. — *Corresp. Blatt. f. Schweize Aertze*. 1^{er} février 1894.

- LEJARS. — *Rev. de chirurgie*. 1893.
LEGRAND. — *Th. Paris*. 1896.
MACREADY. — *The Lancet*. 28 avril 1894.
MÉRY. — *Ac. des sciences*. 1713.
MONOD et DELAGÉNIÈRE. — *Rev. de chirurgie*. 1889.
O. LANZ. — *Berliner Klinische Wochenschrift*. 1893. N^{os} des
15 juillet et 1^{er} avril.
PIQUET. — *Th. Paris*. 1893.
SALITCHEFF. — *Presse médicale*. Février 1896.
THIRIAR. — *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*. 1890.
VERDIER. — *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*. 1753.



EN VENTE A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE & FILS

- CHAUVEL. — **Précis d'opérations de chirurgie.** 1891. 1 vol. in-18, 850 pages avec 350 figures, cartonné. 9 fr.
- DELEFOSSE. — **La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires.** 1893. 1 vol. in-18 de 234 pages avec 50 figures, cartonné. 4 fr.
- **La pratique de la chirurgie des voies urinaires.** 2^e édition. 1887. 1 vol. in-18 Jésus de ix-590 pages, avec 142 figures. 7 fr.
- DESPRÈS (Armand). — **La chirurgie journalière.** 1894. 1 vol. gr. in-8 de 874 pages, avec 47 figures. 12 fr.
- Encyclopédie internationale de chirurgie,** par DUPLAY, GOSSELIN, VERNEUIL, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, BOULLY, P. SEGOND, NICAISE, ED. SCHWARTZ, G. MARCHANT, PICQUÉ, chirurgiens des Hôpitaux de Paris, OLLIER, PONCET, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, POUSSEY (de Bordeaux), STRICKER, professeur à l'Université de Vienne, ALLINGHAM, MANSELL MOULIN, BARWELL, TRÈVES, etc. (de Londres), ASHHURST (de New-York). Ouvrage complet. 1888. 7 vol. gr. in-8, comprenant ensemble 6,000 pages à 2 colonnes, avec 2,768 figures interc. dans le texte. 122 fr. 50
- Chaque volume se vend séparément 17 fr. 50
- GIRARD (Marc). — **De la Kélotomie sans réduction, nouvelle méthode opératoire de la hernie étranglée.** 1858. 1 vol. in-8 de 276 p. 4 fr.
- GROSS (F.), ROHMER et VAUTRIN. — **Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales,** par le professeur F. GROSS et les professeurs agrégés ROHMER et VAUTRIN, de la Faculté de médecine de Nancy. 1893. 3 vol. in-8 de chacun 1,000 pages. 36 fr.
- GUYON (Félix). — **Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires,** professées à l'hôpital Necker, par Félix GUYON, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. 5^e édition, revue et augmentée. 1895-1897. 3 vol. gr. in-8 de 1400 pages, avec figures et planches. 40 fr.
- LE DENTU (A.) et DELBET (Pierre). — **Traité de chirurgie clinique et opératoire,** avec la collaboration de MM. ALBARRAN, ARROU, BINAUD (de Bordeaux), BRODIER, CAHLER, CASTEX, CHIPAULT, FAURE, GANGOLPHE, GUINARD, JABOULAY (de Lyon), LEGUEU, LUBET-BARBON, LYOT, MAUCLAIRE, MORESTIN, NIMIER, PICHEVIN, RICARD, RIEFFEL, SCHWARTZ, SÉBILEAU, SOULIGOUX, TERTON, VILLAR (de Bordeaux). 1866-1898. 10 vol. gr. in-8 de 750 pages, illustrés de figures.
- En vente (novembre 1896, tomes I à IV).
Prix de chaque volume. 12 fr.
- LEFERT (P.). — **La pratique des maladies des voies urinaires dans les hôpitaux de Paris.** 1895. 1 vol. in-18, 288 pages, cart. 3 fr.
- NICAISE. — **La pratique journalière de la chirurgie antiseptique,** par E. NICAISE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1896. 1 vol. in-16 de 300 pages, avec fig., cart. 4 fr.
- SCHWARTZ (Ed.). — **La pratique de l'asepsie et l'antisepsie en chirurgie.** 1893. 1 vol. in-18 Jésus de 380 p., 51 fig., cart. 6 fr.
- TRÉLAT (U.). — **Clinique chirurgicale.** Leçons publiées par M. Pierre DELBET. 1891. 2 vol. gr. in-8 de 800 p., avec figures. 30 fr.
- VALETTE. — **Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.** 1875. 1 vol. in-8, 720 pages. 12 fr.